



**HAL**  
open science

# Modalités d'accouchement des patientes consommatrices de substances psychoactives : étude menée à la maternité du CHRU de Nancy sur 30 dossiers

Françoise Cuny

## ► To cite this version:

Françoise Cuny. Modalités d'accouchement des patientes consommatrices de substances psychoactives : étude menée à la maternité du CHRU de Nancy sur 30 dossiers. Médecine humaine et pathologie. 2016. hal-03870298

**HAL Id: hal-03870298**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870298>**

Submitted on 24 Nov 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Modalités d'accouchement des patientes  
consommatrices de substances psychoactives :*

*Etude menée à la maternité du CHRU de Nancy sur 30 dossiers.*

Mémoire présenté et soutenu par  
Françoise CUNY

Directeur de mémoire : Marjan NADJAFIZADEH

Enseignante en maïeutique CHRU de Nancy

Ph. D Université de Lorraine

Promotion 2016



Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Modalités d'accouchement des patientes  
consommatrices de substances psychoactives :*

*Etude menée à la maternité du CHRU de Nancy sur 30 dossiers.*

Mémoire présenté et soutenu par  
Françoise CUNY

Directeur de mémoire : Marjan NADJAFIZADEH

Enseignante en maïeutique CHRU de Nancy

Ph. D Université de Lorraine

Promotion 2016



# REMERCIEMENTS

*Merci à tout ceux qui ont participé à la réalisation de ce mémoire.*

*Je remercie tout particulièrement Mme Marjan NADJAFIZADEH, ma directrice de mémoire, merci pour ses conseils, sa patience et sa disponibilité,*

*Merci à Mme Dominique ROMESTAING, sage-femme à la maternité du CHRU de Nancy, de m'avoir fait partager son expérience,*

*Une pensée toute particulière pour ma famille et notamment Thibaut : pour ta présence à mes côtés, ton soutien dans ce projet et ta force tranquille !*

*Un grand merci aux amies avec lesquelles j'ai traversé ces quatre années ; sans vous elles n'auraient pas été si belles.*

# GLOSSAIRE

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AVB	Accouchement Voie Basse
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
BHD	Buprénorphine Haut Dosage
DIM	Département d'Information Médicale
DU	Diplôme Universitaire
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IST	Infection Sexuellement Transmissible
PATUGO	Service d'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales de la maternité du CHRU de Nancy
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
MFIU	Mort Fœtale In Utéro
RSA	Revenu de Solidarité Active
SNC	Système Nerveux Central
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHC	Virus de l'hépatite C

# SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>4</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>13</b>
<b>1. TYPE D'ETUDE .....</b>	<b>13</b>
<b>2. POPULATION ETUDIEE .....</b>	<b>13</b>
<b>3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE .....</b>	<b>13</b>
<b>4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES .....</b>	<b>14</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>15</b>
<b>1. POPULATION .....</b>	<b>15</b>
1.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES .....	15
1.2. ANTECEDENTS MEDICAUX ET GYNECO-OBSTETRICAUX .....	16
<b>2. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....</b>	<b>17</b>
<b>3. SUIVI DE GROSSESSE.....</b>	<b>18</b>
<b>4. DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT .....</b>	<b>19</b>
4.1. MODE DE DEBUT DE TRAVAIL.....	19
4.2. SCORE DE BISHOP A L'ADMISSION .....	20
4.3. TYPE D'ANALGESIE ADMINISTREE.....	20
4.4. DUREE ENTRE L'ADMISSION ET L'ACCOUCHEMENT .....	21
4.5. CARACTERISTIQUES DU RYTHME CARDIAQUE FETAL .....	22
4.6. MODE D'ACCOUCHEMENT .....	22
4.7. CONSOMMATION DE TOXIQUES A L'ENTREE EN SALLE DE NAISSANCES .....	23
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>24</b>
<b>1. RESULTATS PRINCIPAUX ET LIMITES DE L'ETUDE.....</b>	<b>24</b>
<b>2. PERSPECTIVES.....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>36</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>38</b>

# INTRODUCTION

La consommation de substances psychoactives est un problème de santé publique multidimensionnel qui a des répercussions sur la santé physique et mentale des individus mais également des conséquences économiques et sociales larges. Elle concerne toutes les catégories sociales, sexes et âges.

Ainsi, les enquêtes menées en France en 2014 estiment à 2 millions le nombre d'expérimentateurs de cocaïne parmi les 11-75 ans, 500 000 pour l'héroïne (1).

Si l'on s'intéresse à la consommation dite problématique, c'est-à-dire, selon la définition de l'Observatoire Européen des drogues et toxicomanies (OEDT), les consommateurs de drogues par voie intraveineuse ou les usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines durant l'année, ce chiffre s'élève alors à 280 000 usagers pour l'année 2011 (1).

Plus précisément, l'expérimentation de cocaïne et d'héroïne est en hausse depuis 2005 et concerne actuellement environ 1,5% des 18-64 ans (2). La plupart des personnes prises en charge dans les centres d'accueil et d'accompagnement sont dépendantes aux opiacés mais consomment aussi d'autres substances : ainsi 63% des toxicomanes associeraient fréquemment alcool et drogues, ce qu'on qualifie de polytoxicomanie (3).

Parallèlement, 180 000 personnes bénéficient en 2015 d'une prescription de traitement de substitution aux opiacés, buprénorphine haut dosage pour la majorité (2). Son utilisation est thérapeutique ou détournée, en vue de consommation ou de revente (4).

Concernant les comorbidités associées, les études font apparaître, dans cette population consommatrice de substances psychoactives, une prévalence du virus de l'hépatite C estimée à 40% en 2010, et du VIH, estimée à 7% environ (2). On retrouve également chez plus d'un tiers des consommateurs de cocaïne et d'héroïne des antécédents psychiatriques ayant nécessité une hospitalisation (5).

Les décès constatés dans cette population ont tendance à augmenter ces dernières années et sont le plus souvent liés à la consommation de produits psychoactifs impurs ou à l'association de plusieurs produits (2). La surmortalité trouve également des explications dans les surdosages, les pathologies liées à l'infection VIH ou VHC et une exposition accrue aux accidents de la route et aux suicides (2).

## **Le cas particulier de la consommation de substances psychoactives chez la femme enceinte**

La toxicomanie féminine est longtemps restée un sujet tabou. Pourtant, on considère qu'un tiers des consommateurs de cocaïne ou d'héroïne sont des femmes, la plupart en âge de procréer (6). Une étude estime ainsi le nombre de femmes enceintes consommant des toxiques à 5%. Ce sont donc 500 à 2500 grossesses qui seraient menées à terme chaque année (6).

Cette question est aujourd'hui largement étudiée et la littérature fait état des différents risques que présente une grossesse dans le cadre d'une consommation de substances psychoactives (7) :

- risques médicaux : infections, malnutrition, pathologies dentaires, anémie...
- risques obstétricaux : fausse-couche, accouchement prématuré, souffrance fœtale chronique, malformations, retard de croissance intra utérin, menace d'accouchement prématuré, hématome rétro placentaire, suivi irrégulier ...
- risques psycho-sociaux : diagnostic de grossesse tardif, isolement, précarité, violences...
- risque néonatal : syndrome de sevrage, troubles dans l'établissement du lien mère- enfant, troubles du développement à moyen et long terme...

Concernant le risque périnatal en particulier, on retrouve une fréquence statistiquement plus élevée d'accouchements prématurés, de présentation du siège (liée à la prématurité), de liquides teintés (et de souffrances fœtales) et d'un raccourcissement de la durée du travail (6).

Ces grossesses à risques ont justifié le développement depuis plusieurs années d'un suivi spécifique et pluridisciplinaire visant également à modifier le regard porté sur ces femmes et leur bébé.

### ***Les substances consommées et leurs effets spécifiques***

Les opiacés regroupent l'ensemble des dérivés de l'opium extrait du pavot. Certains sont naturels, tels la morphine et la codéine, ce sont les opiacés ; d'autres sont semi-synthétiques, ce sont les opioïdes. Parmi les opioïdes :

- certaines molécules ont un effet comparable aux opiacés, elles sont dites *agoniste entier* (méthadone par exemple),

- les *agonistes partiels* ont un effet partiellement comparable, c'est le cas de la buprénorphine haut dosage,
- enfin une troisième catégorie d'opioïdes, telle la naloxone, ont un effet *antagoniste* par blocage du récepteur opiacé (4).

Synthétisée en 1875, l'héroïne se révèle plus efficace que la morphine mais la découverte de son pouvoir toxicomanogène la fait retirer du marché. Elle représente aujourd'hui la principale consommation de substance illégale problématique en France (4).

Ces produits de substitution sont la buprénorphine et la méthadone, administrés par voie orale ou sublinguale. Ces molécules permettent de diminuer voire d'arrêter la consommation d'héroïne, de réduire les rechutes de consommation et les risques qui leur sont liés (8). Elles ont également un rôle bénéfique dans la fréquence de consommation de cocaïne pour les sujets codépendants (9). Enfin, de nombreuses publications font état d'une amélioration du suivi de la grossesse et des données périnatales chez les femmes enceintes toxicomanes entrant dans un programme de substitution (10).

La délivrance des traitements de substitution par voie orale (TSO) est subordonnée à un contrôle médical néanmoins les décès par surdose et mésusage ont doublé entre 2006 et 2011 (principalement liés à l'usage de méthadone) (2).

#### ➤ **Héroïne**

Son usage a diminué depuis les années 70 mais l'impact sur le nombre de décès n'a pu être observé que grâce au développement des produits de substitution (2). Aujourd'hui l'administration par voie veineuse cède le pas à un usage par voie nasale ou par inhalation. Ces nouveaux modes de consommation ont contribué à la diminution des contaminations virales mais ont amorcé une relance modérée de son usage parmi les consommateurs de stimulants (2). Toutefois, le niveau d'expérimentation reste faible en France et 90% des jeunes de 15 à 17 ans ont conscience de la dangerosité du produit.

Les effets recherchés sont un apaisement rapide, un sentiment d'euphorie et d'extase auxquels succède une phase de somnolence (4). Elle provoque rapidement une forte dépendance physique et psychique. En cas d'usage répété, un phénomène d'accoutumance amène le consommateur à augmenter et rapprocher les prises pour obtenir les mêmes effets (9).

#### ➤ **Buprénorphine haut dosage (BHD)**

Opioïde de synthèse synthétisé dans les années 70, la buprénorphine est prescrite en traitement de substitution dans les cas de dépendance majeure (sous les noms de subutex

ou suboxone) mais aussi, à faible dosage, en traitement antalgique (temgésic). Sa prescription est comprise entre 7 et 28 jours (11).

Son action agoniste partielle et son mode d'administration limitent ses effets de déprimeurs du système nerveux central (SNC) et en font ainsi un produit sûr lorsque ses conditions d'usage sont respectées ; les décès constatés ont en effet été imputés à des associations à d'autres déprimeurs du SNC ou à des administrations intraveineuses (12).

La posologie moyenne est de 8 mg en une prise. La buprénorphine se fixe en 30 minutes environ sur les récepteurs  $\mu$  et  $\alpha$  et se présente sous forme de comprimés oro-dispersibles. Sa durée d'action de plus de 48 heures et sa demi-vie longue permettent de réduire de façon prolongée le besoin du sujet dépendant et d'atténuer le syndrome de sevrage (13).

#### ➤ Méthadone

Principal produit de substitution avec la buprénorphine, la méthadone se présente sous forme de sirop ou de gélules. Sa durée d'action est de 24 heures et sa demi-vie de 24 à 36 heures (11). Agoniste des récepteurs  $\mu$ , sa prescription est très réglementée car il existe un important risque d'overdose en cas de surconsommation ou d'association (14).

Il n'existe actuellement pas de protocole défini concernant l'adaptation de la posologie de méthadone chez la femme enceinte. Les auteurs recommandent de maintenir voire d'augmenter les posologies en fin de grossesse pour compenser son hémodilution (10). La posologie généralement retrouvée est comprise entre 60 et 150mg/jour pour éviter le recours concomitant à des produits illicites (6).

#### ➤ Suboxone

Cette association de buprénorphine et de naloxone disponible depuis 2006 est indiquée chez les patients à risque de mésusage (13). Sa prescription est toutefois proscrite dans le cadre de la grossesse et de l'allaitement du fait d'un manque de données (15).

### ***Le suivi de la patiente enceinte consommatrice de substances psychoactives***

L'intérêt d'une prise en charge adaptée, multidisciplinaire et spécifiquement formée n'est plus à démontrer (16). Elle doit proposer un suivi global selon quatre axes (4) :

- prise en charge de la dépendance : évaluation, suivi et ajustement,
- suivi médical et obstétrical spécifique et adapté aux facteurs de risque particuliers du public,
- accompagnement social pour travailler sur les difficultés associées,
- évaluation et soutien psychologique voire psychiatrique.

Parmi les articles traitant des difficultés rencontrées dans le suivi de grossesse, il est souvent fait état d'une première consultation de grossesse tardive, d'une prise en charge difficile de la grossesse en raison notamment d'un climat de méfiance et de culpabilité (6) et de l'influence majeure de la gravité de la toxicomanie et de l'environnement de la femme enceinte dans le pronostic de la grossesse. Les auteurs insistent également sur les modifications physiologiques induites par les traitements de substitution, modifications pouvant être responsables d'une hyperalgésie des patientes et d'une tolérance croisée entre les traitements antalgiques (8). Ils préconisent une prise en charge spécifique de la douleur aiguë, telle que celle de la parturiente (6). Cette prise en charge dépend du type de TSO utilisé par la patiente et doit reposer sur le niveau de douleur qu'elle exprime (8). Les effets bénéfiques de la mise en place d'un suivi de grossesse spécifique font l'unanimité dans la littérature consultée (6)(11)(16).

À la Maternité du CHRU de Nancy, à l'instar des initiatives développées au CHU de Montpellier (17), un protocole de « prise en charge des patientes toxicomanes » a été élaboré par une équipe pluridisciplinaire, constituée d'un gynécologue obstétricien, d'un pédiatre, et d'une sage-femme (annexe 1).

Des moyens humains et organisationnels spécifiques ont été engagés, notamment une sage-femme référente diplômée d'un DU « périnatalité et addictions », qui assure le suivi des grossesses, éventuellement en binôme avec un gynécologue obstétricien,

Cette dernière articule les échanges et interventions des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire au sein et en dehors de la Maternité du CHRU de Nancy et assure des consultations spécifiques d'une durée d'une heure. Elle organise également la prise en charge substitutive, le séjour post-partum ainsi que le retour à domicile. Enfin, elle assure la transmission des informations utiles aux différents intervenants.

Des « staffs de parentalité » sont également organisés mensuellement afin d'échanger sur les dossiers en cours et optimiser les prises en charge.

De plus, une analyse est réalisée annuellement par la sage-femme référente à l'attention des services de santé. Elle y recense les patientes suivies ainsi que leurs caractéristiques sociodémographiques. Cependant, les modalités d'accouchement de ces patientes n'ont pour l'instant pas été analysées de façon systématique.

Le ressenti actuel des soignants est que les patientes consommatrices de substances psychoactives se présentent tardivement en salles de naissances. Cela complique la prise

en charge et notamment la mise en œuvre de moyens d'aide à la gestion de la douleur, qui nécessitent disponibilité du personnel et bilan préalable. La seconde impression qui se dégage des échanges informels avec les soignants est que ces patientes surconsomment dans les heures précédant l'accouchement en raison du stress et des craintes quant aux modalités d'accueil du personnel de salle de naissances.

L'objectif principal de la présente étude est de décrire, au sein de la maternité du CHRU de Nancy, le déroulement du per partum chez les patientes toxicomanes : état d'avancement du travail à leur arrivée, durée du travail et modalités d'accouchement.

### **Hypothèses principales**

Nous posons les hypothèses suivantes : les patientes visées par l'étude

- se présentent plus tardivement en salle de naissances lors de l'entrée en travail et ont un travail plus rapide,
- ont une consommation inhabituelle de toxiques à leur admission en salle de naissances.

# MATERIEL ET METHODE

## 1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, monocentrique par recueil de données. Nous avons procédé à un recueil de données parmi tous les dossiers de patientes ayant accouché à la maternité du CHRU de Nancy et répondant aux critères d'inclusion. 34 dossiers sont concernés pour l'année 2014, 5 pour l'année 2015.

Période d'étude : Naissance entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2015 inclus.

## 2. POPULATION ETUDIEE

Patientes consommatrices actives d'héroïne ou de cocaïne, sevrées ou substituées, ayant accouché à la maternité du CHRU de Nancy entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 31 décembre 2015.

### **Critères d'inclusion**

- Dépendance aux opiacés (toxicomanie active, sevrée ou substituée)
- Accouchement à la maternité du CHU de Nancy sur la période de notre étude

## 3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE

Le recueil des données a été réalisé entre décembre 2015 et mai 2016 dans les dossiers obstétricaux à l'aide du logiciel Epidata et d'une trame de recueil spécifiquement créée (annexe 2). Les dossiers ont été consultés après accord du DIM.

L'identification des dossiers s'est effectuée via une recherche des codages PMSI correspondant à la dépendance de la mère. Un premier fichier de 641 noms a été extrait pour l'année 2014. Un filtre a été appliqué pour écarter les consommations exclusives de tabac, de cannabis ou d'alcool puis les doublons ont été supprimés : c'est finalement 34 dossiers qui ont pu être présélectionnés.

- 2 dossiers ont été écartés en raison d'une erreur de codage PMSI constatée à la lecture du dossier,

- 6 dossiers supplémentaires ont dû être écartés car non retrouvés aux archives de la maternité ou du site de Brabois,
- Enfin, 1 dossier correspondant à une MFIU a été écarté.

Au final, ce sont donc 25 dossiers qui ont été analysés puis 5 dossiers de l'année 2015 ont été sélectionnés de la même manière pour étoffer l'effectif de l'étude.

## **4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES**

Un numéro a été attribué à chaque patiente afin de respecter la confidentialité des données recueillies. Ces données consistent en des variables qualitatives et quantitatives concernant la mère et recueillies via une trame informatique dont le descriptif se trouve en annexe. L'analyse des résultats a été réalisée à l'aide du logiciel Epidata Analysis puis d'Excel pour la réalisation des graphiques.

Nous avons distingué la consommation de toxiques des patientes selon trois profils :

- nous regroupons sous le terme de « consommatrices actives » les patientes ayant consommé au moins une fois des substances psychoactives de type cocaïne ou héroïne au cours de la grossesse étudiée,
- les « consommatrices substituées » correspondent à des patientes ayant un traitement de substitution par voie orale (TSO) pendant la grossesse étudiée, sans autre consommation associée,
- Enfin, les patientes associant TSO et substances psychoactives (autres qu'héroïne et cocaïne) au cours de cette grossesse sont rassemblées sous le terme de « consommatrices substituées et actives ».

Les substances psychoactives considérées sont la cocaïne, l'héroïne, le tabac, l'alcool, les substances volatiles ou le cannabis.

Pour qualifier le suivi de grossesse dont les patientes ont bénéficié, nous avons utilisé le terme de « spécifique » quand la grossesse a été majoritairement suivie par un obstétricien ou une sage-femme formée à cette problématique. Le suivi est dit régulier quand la patiente a bénéficié d'au moins 5 consultations prénatales sur les 7 préconisées.

Enfin, afin d'apprécier le caractère inhabituel ou non de la consommation de toxiques à l'admission en salle de naissances, nous avons comparé les résultats qualitatifs des analyses des toxiques urinaires réalisées au cours de la grossesse à ceux de l'analyse réalisée à l'admission.

# RESULTATS

## 1. LA POPULATION

### 1.1. Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen pour cette grossesse était d'environ 30 ans avec des extrêmes situés à 20 ans et 41 ans.

*Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée*

	Effectif (N=30)
<b>Statut marital</b>	
<i>Parent isolée</i>	9
<i>Vie maritale ou mariée</i>	16
<i>Autre ou non précisé</i>	5
<b>Activité professionnelle</b>	
<i>Sans activité</i>	15
<i>Recherche d'emploi</i>	5
<i>Actif</i>	6
<i>Non précisé</i>	4
<b>Difficultés socio-économiques</b>	
<i>Aucune ressource / grande précarité</i>	1
<i>Ressources type RSA, AAH</i>	10
<i>Logement personnel</i>	7
<i>Pas de difficulté particulière</i>	4
<i>Non précisé</i>	8

Dans un tiers des cas, les patientes ont fait face à une précarité socio-économique importante (sans logement fixe pour une patiente, avec des aides type Revenu de Solidarité Active -RSA- pour les 9 autres dossiers), un tiers ne signalait pas de difficulté particulière mais pour le tiers restant, les données étaient manquantes.

## 1.2. Antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux

Pour l'ensemble des 30 dossiers consultés, la gestité moyenne était d'un peu plus de 3 avec une gestité maximale de 10. La parité moyenne était égale à 2. Environ deux-tiers des patientes avaient vécu au moins une IVG.

Dans presque trois-quarts des dossiers étudiés, une pathologie était venue compliquer la grossesse étudiée :

- Une **menace d'accouchement prématuré** pour 4 patientes,
- 5 cas de **pathologie fœtale** découverte au cours de la grossesse et ayant justifié l'accouchement en maternité de type 3,
- 2 cas de **cholestase gravidique**,
- 2 cas d'**hypertension gravidique** dont un associé à des dopplers pathologiques et un retentissement sur la croissance fœtale,
- Des cas isolés d'**hypothyroïdie gestationnelle**, de cerclage pour **incompétence cervicale**, de **vomissements gravidiques** ayant nécessité une hospitalisation, de **séroconversion toxoplasmose**, de **rupture prématuré des membranes**, de **déni de grossesse**, de **vaginisme**, de **diabète gestationnel** et d'**infections urinaires** à répétition.

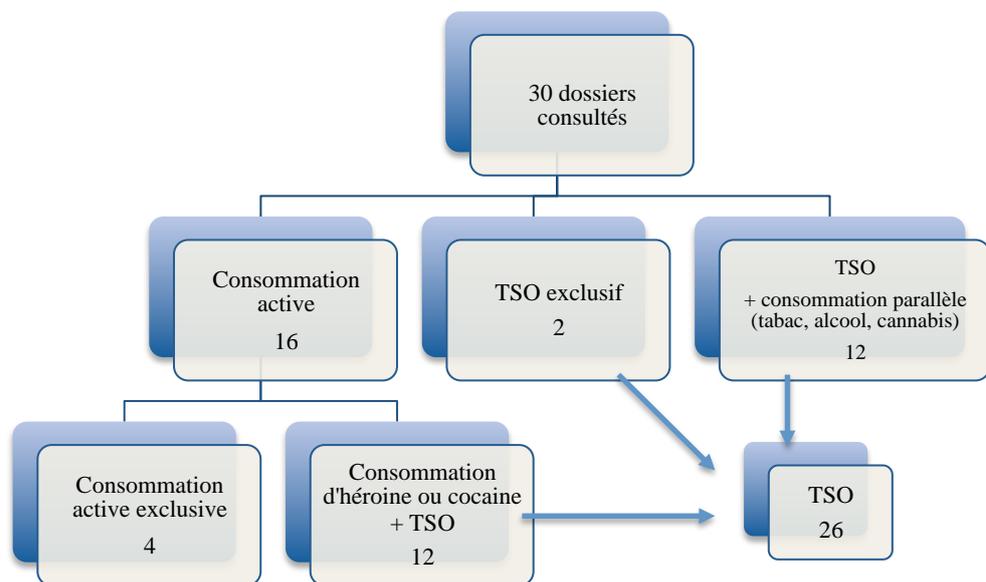
Dans les antécédents notables, nous avons relevé 4 patientes séropositives à l'hépatite C, un antécédent d'infarctus du myocarde et une patiente ayant subi dans les mois précédents la grossesse une reconstruction du palais.

Plus de la moitié des patientes pour lesquelles nous disposions de l'information souffraient ou avaient souffert de pathologies psychologiques ou psychiatriques :

- Les antécédents de violences, d'agression ou de viol concernaient 10 patientes et ceux de dépression 11 patientes,
- 4 patientes avaient déjà fait au moins une tentative de suicide,
- 2 patientes étaient traitées pour des troubles de la personnalité,
- Et une avait déjà été incarcérée,

## 2. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE

La consommation dite active, telle que nous l'avons défini en première partie, concernait 16 patientes soit la moitié de notre effectif. La consommation exclusive de Traitement de Substitution par voie Orale (TSO) était représentée par deux patientes. Les autres dossiers correspondaient à des patientes ayant un TSO mais qui consommaient parallèlement d'autres substances psychoactives de type tabac, alcool, cannabis ou substances volatiles. Nous n'avons aucune patiente sevrée dans notre population.



*Figure 1* : répartition des dossiers étudiés selon le type de consommation de substances psychoactives (N=30)

Dans les 22 dossiers où l'information était présente, nous constatons que la famille (10 dossiers) ou au moins le conjoint (11 dossiers) étaient au courant de la toxicomanie passée ou actuelle. Nous ne retrouvons qu'un seul dossier pour lequel une demande de confidentialité totale avait été formulée.

*Tableau 2 : nature et dose des consommations complémentaires déclarées par les patientes (plusieurs réponses possibles)*

	<b>Effectif (N=30)</b>
<b>Tabac</b>	<b>28</b>
>10 cig/jour	20
<10 cig/ jour	7
Occasionnel	1
<b>Héroïne</b>	<b>14</b>
Quotidienne	3
Hebdomadaire	4
Occasionnelle	7
<b>Cocaïne</b>	<b>6</b>
Hebdomadaire	1
Occasionnelle	5
<b>Cannabis</b>	<b>8</b>
Quotidienne	1
Hebdomadaire	4
Occasionnelle	3
<b>Alcool</b>	<b>11</b>
Quotidienne	4
Hebdomadaire	1
Occasionnelle	6
<b>Aucune consommation associée</b>	<b>2</b>

*Tableau 3 : type de produits de substitution prescrits aux patientes et dosage journalier*

<b>Produits de substitution</b>	<b>Effectif (n1=26*)</b>	<b>Dosage journalier</b>
<b>Méthadone</b>	<b>17</b>	<b>20 à 80 mg</b>
Sirop	12	20 à 80 mg
Gélule	5	40 à 80 mg
<b>Buprénorphine</b>	<b>9</b>	<b>0.4 à 16 mg</b>
Subutex cp sublingual	7	0.4 à 16 mg
Générique	2	0.8 à 1.6 mg

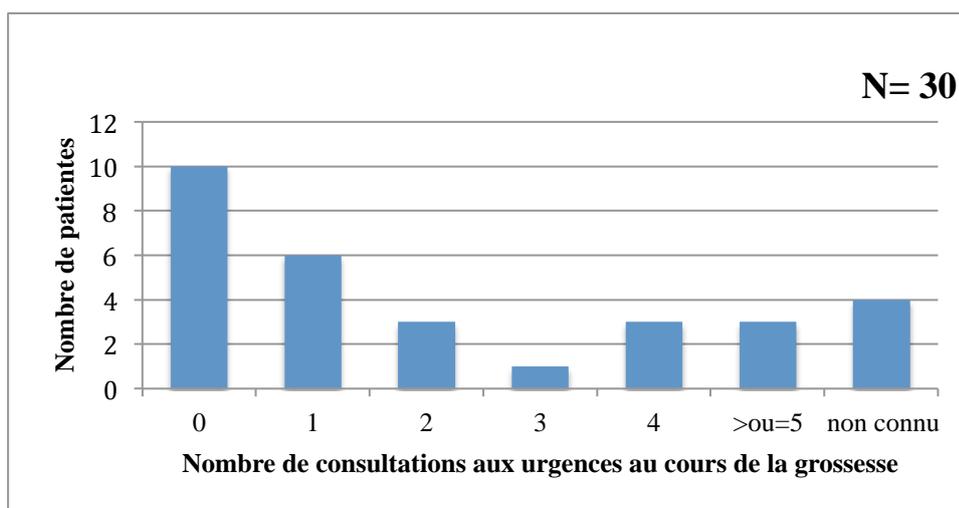
\* n1 = 26 : nombre de patientes avec prescription de TSO

### **3. SUIVI DE GROSSESSE**

Plus de la moitié des patientes (18) avait bénéficié d'un suivi spécifique et régulier comprenant au moins 5 consultations prénatales auprès d'un médecin ou d'une sage – femme spécialisée. Nous retrouvons huit cas de suivi très irrégulier.

Plus de trois-quarts des dossiers avait fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire lors du staff de parentalité. Les dossiers non traités correspondaient à des patientes suivies dans d'autres établissements puis transférées à la maternité du CRHU de Nancy pour pathologies maternelles ou fœtales (4 dossiers) ou à des patientes ayant déclarées des consommations de substances psychoactives très ponctuelles (2 dossiers).

La quasi-totalité des patientes, parmi les 21 dossiers présentant l'information, avait par ailleurs bénéficié d'un suivi par une sage-femme libérale à domicile. Plus de la moitié d'entre elles avaient souhaité participer à des séances de préparation à la naissance.



*Figure 2 : répartition des patientes selon le nombre de consultations aux urgences de la maternité du CHU de Nancy relevées dans leur dossier médical au cours de la grossesse étudiée*

## 4. DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

### 4.1. Mode de début de travail

Le travail a été spontané pour 18 patientes. Nous avons également retrouvé 3 cas de césarienne hors travail pour anomalies graves du rythme cardiaque fœtal. Les 9 autres dossiers correspondaient à des déclenchements. Les motifs relevés étaient :

- Rupture prématurée des membranes (2 cas)
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal (2 cas)
- Pathologie fœtale (2 cas)
- Cholestase gravidique (1 cas)
- Macrosomie et diabète gestationnel (1 cas)
- Consommation active de substances psychoactives (1 cas)

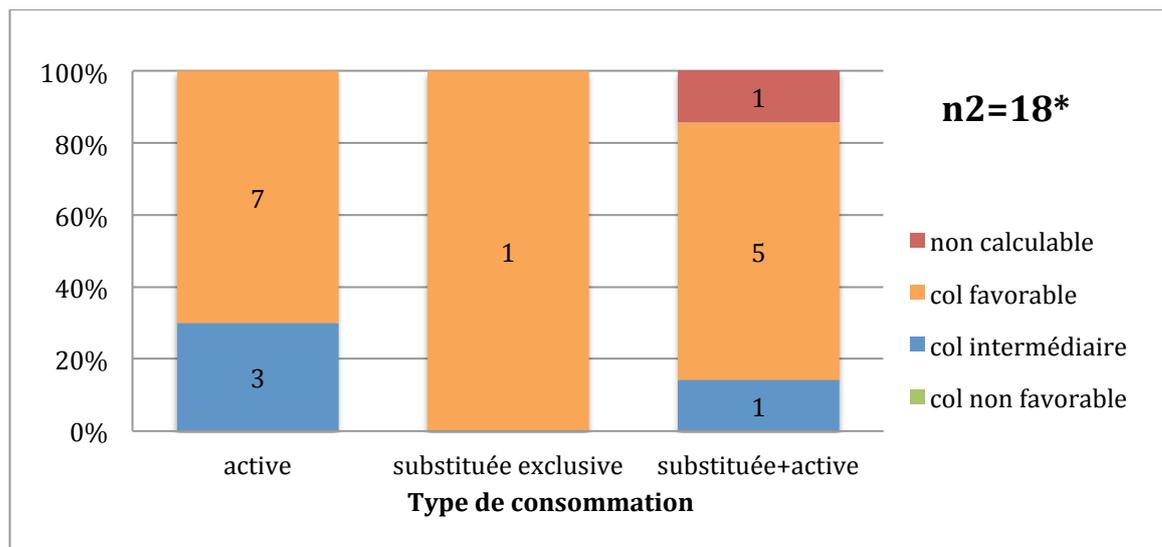
## 4.2. Score de bishop à l'admission

Afin de déterminer si les patientes consommatrices de substances psychoactives se présentaient plus tardivement en salle de naissances, nous avons relevé les scores de bishop figurant dans les examens d'admission.

Nous avons écarté les 3 cas de césarienne hors travail. Parmi les 27 dossiers restants, nous avons relevé :

- Un score de bishop non présent et non calculable sur la base des éléments de l'examen clinique : 3 cas
- Un col non favorable (score < 3) : 3 cas
- Un col intermédiaire ( $3 < \text{bishop} < 6$ ) : 4 cas
- Un col favorable (bishop > 6) : 17 cas

Si nous nous intéressons uniquement aux patientes ayant eu un travail spontané, nous avons retrouvé un col mature à l'admission en salle dans les trois-quarts des cas.



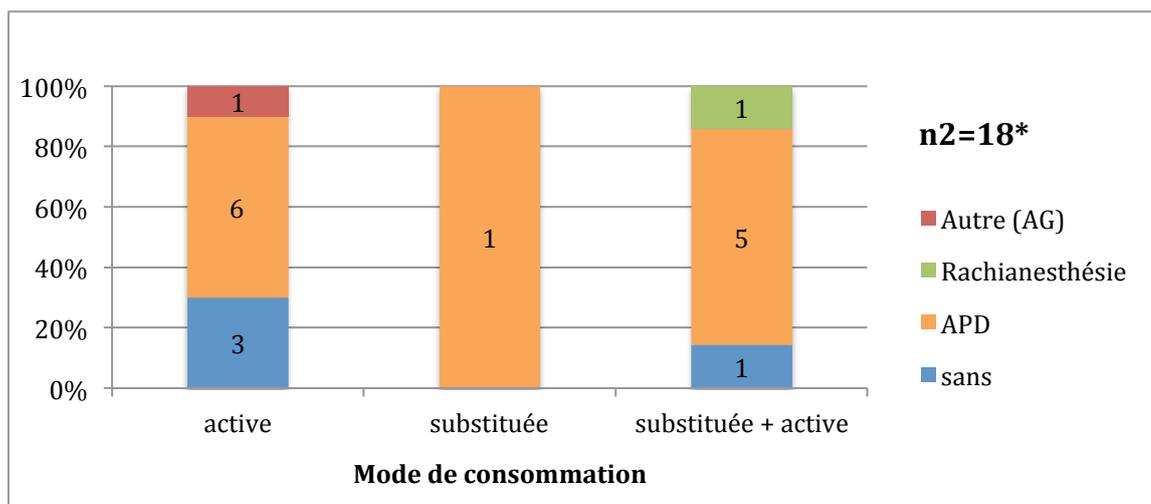
\*n2 = 18 : nombre de patientes ayant eu un travail spontané

Figure 3 : Etat du col à l'admission en salle de naissances en fonction du profil de consommation, pour les patientes ayant un début de travail spontané

## 4.3. Type d'analgésie administrée

Sur l'ensemble des 30 dossiers étudiés, 20 patientes ont eu recours à une péridurale, 2 à une anesthésie générale et 3 à une rachianesthésie. 5 patientes n'ont pas bénéficié d'analgésie.

Pour les cinq cas d'absence d'analgésie, les causes étaient un travail trop rapide pour 4 patientes et un refus pour une patiente.



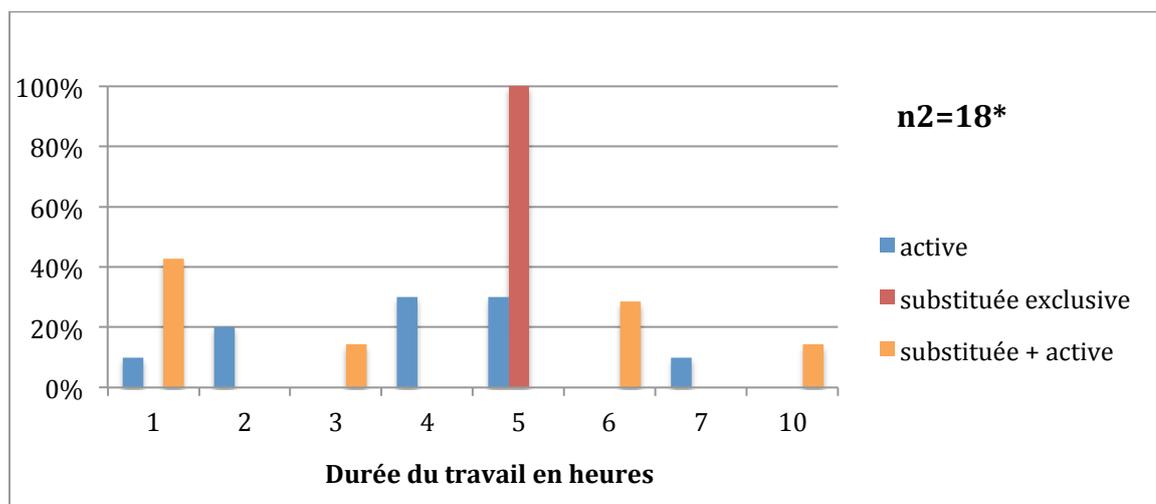
*n2=18 : nombre de patientes ayant eu un travail spontané*

*Figure 4 : type d'anesthésie selon le profil de consommation chez les patientes ayant eu un début de travail spontané*

#### 4.4. Durée entre l'admission et l'accouchement

Si l'on considère les 27 dossiers correspondant à des travaux spontanés ou déclenchés, la durée entre l'admission en salle de travail et l'accouchement a proprement parlé était comprise entre moins d'une heure et 10 heures, avec une moyenne égale à 4 heures.

Les primipares de l'étude ont eu une durée de travail comprise entre 3 et 10 heures avec une moyenne d'un peu plus de 4 heures. Les multipares ont quant à elles eu un travail compris entre moins d'une heure et 10 heures avec une médiane située à 3 heures. Ces valeurs variaient peu selon que le travail soit spontané ou déclenché.



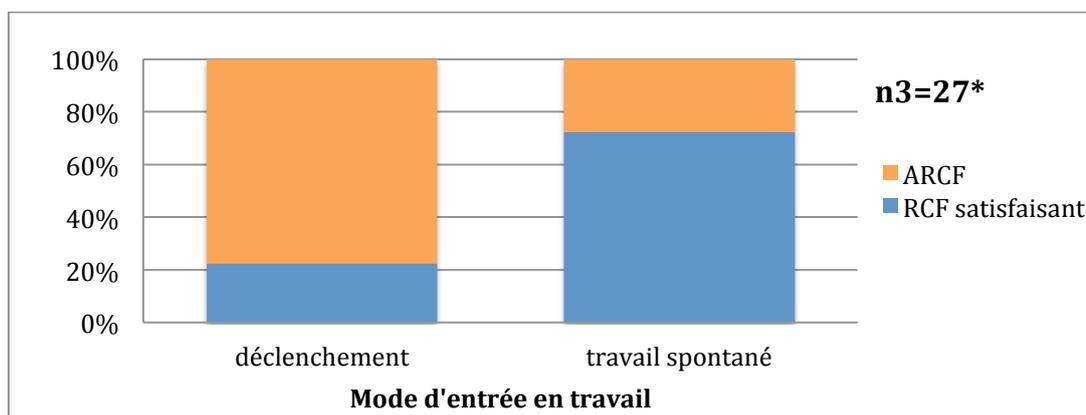
*\*n2 =18 : nombre de patientes ayant un travail spontané*

*Figure 5 : durée du travail selon le profil de consommation chez les patientes ayant un début de travail spontané*

## 4.5. Caractéristiques du rythme cardiaque fœtal

Dans la moitié des 30 accouchements étudiés, il était fait état d'anomalies du rythme cardiaque fœtal au cours du travail ou en amont.

Les 3 dossiers pour lesquels des ralentissements ont été observés en fin de grossesse ont donné lieu à des césariennes en urgence hors travail. Ils s'agissaient d'une bradycardie sévère, de ralentissements prolongés et d'un rythme micro-oscillant avec ralentissements.



*ARCF : Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal*

*\* n3 = 27 : les patientes ayant eu une césarienne en urgence hors travail ont été exclues de cette analyse*

*Figure 6 : caractéristiques du Rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail selon le mode d'entrée en travail*

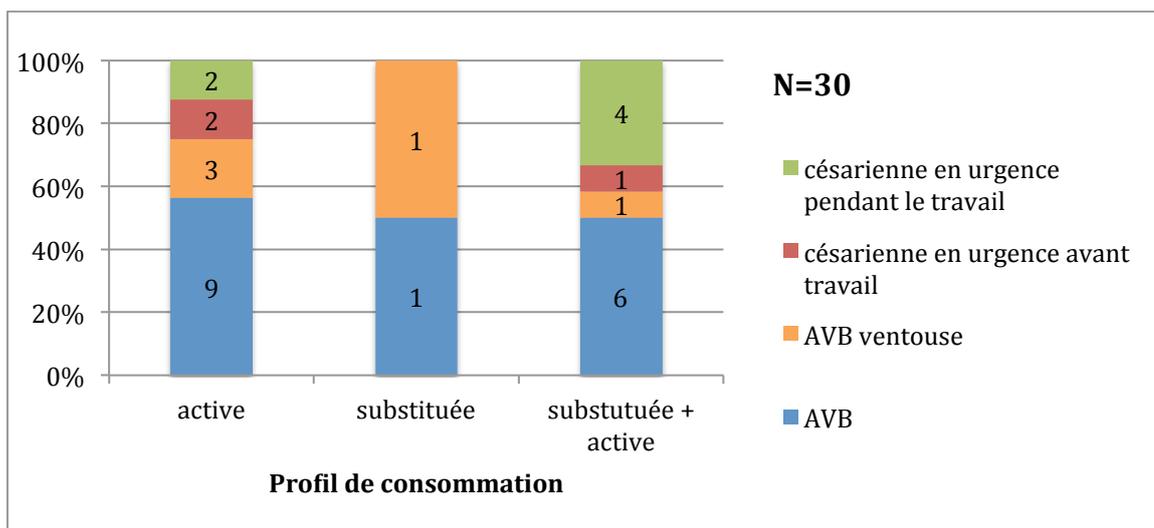
Les anomalies relevées en cours de travail pour les 12 dossiers restants étaient de type bradycardie, ralentissements variables ou faible oscillation. Dans 4 cas, ces anomalies ont conduit à une décision de césarienne en cours de travail.

On ne retrouve pas de variation significative de ces proportions selon le profil de consommation de toxiques de la patiente.

## 4.6. Mode d'accouchement

Parmi les 30 dossiers étudiés, plus des deux-tiers des patientes ont accouché par voie basse, non instrumentée dans 16 cas, avec ventouse dans 5 cas.

Les 9 patientes restantes ont bénéficié d'une césarienne avant ou en cours de travail, en raisons d'anomalies du rythme cardiaque (7 cas) ou de stagnation de la dilatation (2 cas).



AVB : Accouchement par Voie Basse

Figure 7 : répartition des patientes de l'étude selon leurs modalités d'accouchement et leur profil de consommation

## 4.7. Consommation de toxiques à l'entrée en salle de naissances

La consommation de toxiques est évaluée via une analyse d'urines réalisée mensuellement chez les patientes bénéficiant d'un suivi obstétrical spécifique. Nous avons comparé les résultats de cette consommation avec l'analyse réalisée à l'entrée en salle de naissances. Les résultats de cette analyse étant uniquement qualitatifs, nous avons considéré la consommation comme « habituelle » lorsque les mêmes molécules étaient retrouvées à l'accouchement et lors de la grossesse ; dans le cas contraire, la consommation était considérée comme « inhabituelle », toujours sur un plan qualitatif.

Cette comparaison n'a pas été possible :

- Pour les patientes n'ayant pas bénéficié d'un suivi obstétrical à la maternité du CHRU de Nancy, les dossiers étant incomplets ou les analyses de toxiques urinaires n'étant pas réalisées dans d'autres établissements,
- Pour les patientes n'ayant pas bénéficié d'une analyse d'urines à l'entrée en salle de naissances, par manque de temps ou par oubli du personnel soignant.

Ainsi, seuls 22 dossiers ont pu être analysés pour cet item. La consommation était alors qualitativement habituelle dans quasiment trois-quarts des cas. Nous avons constaté que les situations ayant donné lieu à des consommations inhabituelles étaient le travail spontané pour toutes les patientes substituées et pour la moitié des patientes ayant une consommation dite active.

# DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était de décrire le déroulement du per-partum chez les patientes consommatrices de substances psychoactives et, éventuellement, de mettre en évidence des différences selon le type de suivi obstétrical et le profil de consommation.

## 1. LES RESULTATS PRINCIPAUX ET LES LIMITES DE L'ETUDE

### *Les limites de l'étude*

La principale limite de cette étude réside dans le faible nombre de dossiers étudiés. Il aurait en effet été intéressant d'avoir un effectif suffisant pour chacune des catégories de patientes étudiées afin d'observer un éventuel impact du profil de consommation et d'accompagnement prénatal sur le déroulement du per partum.

Par ailleurs, l'absence quasi systématique d'évaluation de la douleur chez les patientes en salles de naissances a rendu impossible notre souhait d'étudier sa prise en charge. Or, outre le fait que cela constitue une obligation et une nécessité, il est évident que cette question est d'une grande importance pour toute parturiente et plus particulièrement pour les patientes consommatrices de substances psychoactives dont la sensibilité, nous l'avons vu ci-dessus, est accrue. Celles-ci ont besoin de savoir que leur douleur sera considérée et prise en charge. C'est d'ailleurs bien plus souvent la peur de la douleur que la douleur elle-même qui conduit à la prise de toxiques. Une communication spécifique autour de cette problématique pourrait contribuer à apaiser les craintes des patientes.

De plus, afin d'enrichir ce travail, il aurait été intéressant de disposer d'analyses quantitatives des toxiques urinaires car nous n'avons ici qu'une vision tronquée de la consommation de la patiente et nos interprétations en pâtissent. Finalement, l'indicateur choisi ne présente un intérêt que pour les patientes qui ne consomment habituellement qu'une seule substance psychoactive mais il est difficilement interprétable pour les patientes polytoxicomanes comme cela est souvent le cas.

Enfin, il est important de souligner la très grande diversité des profils de patientes de l'étude : ainsi sous les termes de « consommatrices de substances psychoactives » sont

mêlées des patientes ayant ponctuellement consommé du cannabis et des consommatrices quotidiennes d'héroïne. Le faible effectif de l'étude nous a conduit à ne constituer que trois groupes de patientes, ce qui nuit à l'analyse.

Nous observons également une grande variabilité dans les TSO prescrits aux patientes de l'étude avec des quantités qui peuvent être multipliés par 40 d'une patiente à l'autre. Or, nous pouvons supposer que la patiente consommant 0,4mg de subutex par jour a une situation médicalement plus stable qu'une autre associant 16mg de subutex à d'autres substances psychoactives. De même, il est légitime de penser que l'impact pré et pernatal est sensiblement différent. Un panel plus important de dossiers aurait pu nous permettre d'intégrer cette dimension et de développer une analyse plus fine.

### ***Les résultats principaux***

Les patientes de notre étude présentent des facteurs de gravité et de fragilité spécifiques notamment sur le plan socio-économiques. Ainsi, les patientes de notre étude sont pour la moitié d'entre elles isolées ou divorcées, ont peu de personnes ressources sur lesquelles s'appuyer, les conjoints sont souvent absents, peu investis voire incarcérés.

Dans la population générale des femmes enceintes, 93% déclarent vivre dans un logement personnel et 80% disposent de plus de 1500€ mensuels de revenus au sein du ménage (23). A l'opposé, seules 6 femmes de notre effectif ont une activité professionnelle. Leurs antécédents de vie traumatiques ainsi que la mauvaise estime que les toxicomanes ont souvent d'elles-mêmes peuvent contribuer à leurs difficultés d'insertion professionnelle. Ainsi, deux-tiers d'entre elles sont dans une situation économique précaire avec comme seules sources de revenus les aides sociales dont elles bénéficient.

### ***Antécédents personnels et médicaux***

Des inégalités apparaissent également en termes d'antécédents médicaux : alors que 15% des femmes enceintes déclarent avoir vécu au moins une IVG (23), cet événement concerne deux-tiers de notre effectif. Ce pourcentage peut être lié à la plus grande fréquence de grossesses non souhaitées chez les patientes toxicomanes. En effet, l'aménorrhée consécutive à la prise de certaines substances psychoactives ou de TSO ainsi que la réticence au suivi médical est souvent à l'origine d'une absence de contraception à laquelle peuvent s'ajouter des conduites sexuelles à risques (18).

De plus, contrairement à la population générale, un nombre particulièrement important de patientes de notre étude présente des antécédents psychologiques très lourds à type de violences physiques et/ou psychologiques.

Cette caractéristique des patientes toxicomanes est bien décrite dans la littérature : leur histoire de vie est souvent ponctuée d'évènements traumatiques et de séparations. Elles ont souvent grandi sans références parentales solides et peuvent être dépassées par les difficultés rencontrées au cours de la grossesse, par exemple quand une complication rend son devenir incertain ou qu'une pathologie fœtale est diagnostiquée (18).

Ce constat met en exergue l'importance du cadre et du soutien à proposer par le personnel médical (24). Les auteurs s'accordent sur le fait que les patientes toxicomanes craignent la stigmatisation et ont tendance à fuir les services de soins mais sont souvent soulagées d'être accompagnées et disposées à adhérer à un projet de soins.

La maternité est en effet un bouleversement d'autant plus important chez ces patientes qu'avec les bouleversements physiques et psychologiques va resurgir l'histoire infantile. L'enfant à naître est considéré comme « rédempteur », porteur d'espoir, l'unique perspective pour la patiente de réparer son histoire, d'être « comme les autres ». Ce fantasme va rapidement se confronter à la réalité de la grossesse et de la parentalité (18). L'enfant, surtout en cas de syndrome de sevrage, est alors perçu comme persécuteur, difficile, peu valorisant. Il renvoie la patiente à son histoire, à sa culpabilité. Les risques de rechute sont alors majeurs. Les personnes ressources dont disposent certaines patientes trouvent ici toute leur place. Ce sont elles qui vont soutenir la construction du lien mère-enfant et accompagner le retour à domicile.

De même, la grossesse peut mettre à mal la relation au corps de la patiente, corps souvent meurtri, mal aimé et malmené par les conduites addictives. On peut supposer que cette relation difficile à sa propre corporalité a un impact sur cette capacité à intégrer un parcours de soins et à consulter les services d'urgences au cours de la grossesse.

### ***Complications obstétricales***

Une pathologie maternelle ou fœtale vient compliquer trois-quarts des grossesses étudiées dans ce travail. Pour rappel, les pathologies les plus fréquemment retrouvées dans la population générale sont l'hypertension (5% des grossesses), le diabète gestationnel (7% des grossesses) et les MAP (6% des grossesses) (23).

Dans les dossiers étudiés, nous retrouvons certaines affections dont peuvent être atteintes les femmes enceintes de la population générale, c'est le cas par exemple pour la

cholestase gravidique, la séroconversion toxoplasmose et les infections urinaires. Néanmoins, à l'instar des complications citées dans la littérature spécialisée, nous retrouvons ici des risques spécifiques pour la mère et l'enfant tels que MAP, déni de grossesse, malformations, RCIU, infections hépatite C...(19). Ces pathologies sont directement liées à la consommation de toxiques.

Nous entrevoyons ici un des intérêts du suivi par une sage-femme spécialisée. Grâce à sa formation initiale et à son expérience, elle accompagne une femme enceinte, dont l'un des facteurs de risques est la toxicomanie, et non une patiente toxicomane en situation de grossesse. Placer la femme et l'enfant à naître au cœur de l'accompagnement permet d'éviter certains écueils, tels que la stigmatisation, et contribue à n'en pas douter à créer une relation de confiance et de respect. La coordination par cette sage-femme d'un réseau de professionnels de santé permet d'organiser un soutien personnalisé en mutualisant les ressources de chacun et en décloisonnant les différentes prises en charge.

### ***Profil de consommation de toxiques***

#### ***Alcool, cannabis et tabac***

Si la consommation de tabac chez les femmes enceintes diminue depuis plusieurs années (17% des patientes en 2010 dont 5% consommant plus de 10 cigarettes par jour au 3<sup>ème</sup> trimestre) (23), cela représente plus des deux-tiers de notre effectif. Il en est de même pour les consommations d'alcool et de cannabis qui sont sensiblement plus élevées que dans la population générale des femmes enceintes : 30% versus 2,5% et 26% versus 1%.

Cette tendance forte à la polyconsommation, confirmée par la littérature, traduit sans doute une fragilité persistante chez les patientes sous TSO et justifie l'importance d'un suivi spécifique et étroit de la grossesse.

Il serait intéressant de connaître chez ces patientes le type et l'intensité des consommations de substances psychoactives associées en dehors du contexte de la grossesse, afin d'étudier dans quelle mesure la découverte de la maternité future va modifier la problématique addictive.

#### ***Héroïne, cocaïne et TSO***

Tout d'abord, il est surprenant de constater que seules deux patientes ont une consommation exclusive de TSO.

Chez 12 autres patientes, identifiées comme « substituées », persiste une consommation plus ou moins importante d'héroïne ou de cocaïne. Cela porte à croire que leur situation n'est pas stabilisée et éventuellement que le traitement de substitution n'est pas adapté à

leurs besoins. En effet, au cours de la grossesse, en raison de l'hémodilution et de la diminution de la demi-vie des TSO, les auteurs préconisent des contrôles réguliers de la méthadonémie, une adaptation de la posologie ainsi qu'un fractionnement de la dose quotidienne afin d'éviter d'importantes variations des concentrations sanguines (19)(20).

Les dosages de méthadone des patientes de l'étude étaient comprises entre 20 et 80 mg alors que les recommandations en fin de grossesse sont de 60 à 150 mg par jour (15). De même, pour la BHD, les doses inférieures à 5mg/jour sont considérées comme faibles.

Il est bien sûr impossible de conclure sans analyse approfondie des populations en question mais cela nous interroge sur les modalités d'ajustement des TSO en cours de grossesse notamment pour les 7 patientes qui déclarent, en complément de leur TSO, une consommation hebdomadaire ou quotidienne d'héroïne. Il pourrait être intéressant dans ces situations manifestement instables de proposer à la patiente un suivi plus structuré avec le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et un protocole méthadone.

Enfin, pour 12 autres patientes sous TSO, nous relevons une consommation associée de cannabis ou d'alcool qui induisent eux aussi des conséquences dommageables pour le déroulement de la grossesse et le bon développement du fœtus. Nous nous étonnons à nouveau de l'intensité des consommations associées puisque dans la moitié des cas elles sont hebdomadaires voire quotidiennes.

Il aurait été intéressant de faire apparaître plus clairement dans le dossier obstétrical les évolutions des prescriptions de TSO ce qui permettrait d'étudier la relation entre valeurs du TSO et intensités des consommations associées. Une rubrique spécifique dans le dossier obstétrical faciliterait son relevé lors de chaque consultation.

Il est important de rappeler que les patientes toxicomanes sont souvent demandeuses d'une diminution voire d'un arrêt de leur prise de toxiques ou de TSO pour, pensent-elles, préserver la santé de l'enfant à naître (20). Or, il est aujourd'hui clairement établi qu'un sevrage brutal est à risque de MFIU et qu'il vaut mieux, lors de l'accompagnement, mettre l'accent sur le soutien et l'engagement de la patiente dans le soin plutôt que sur la réduction ou l'abstinence (19). Seules les consommations illicites, instables et par injection devront être réduites afin de limiter les risques pour la mère et l'enfant ; pour cela il peut justement être nécessaire d'augmenter les doses de TSO.

### *Suivi de la grossesse*

Notre étude a permis de mettre en évidence des éléments très positifs en termes de suivi de grossesse. En effet, pour une population particulièrement fragilisée, nous avons constaté que le protocole existant au sein de la maternité du CHRU de Nancy a permis d'obtenir des résultats intéressants. Les patientes de l'établissement ont bénéficié d'un suivi spécifique et le plus souvent régulier. Les dossiers ont été étudiés en équipe pluridisciplinaire et la plupart des patientes a pu bénéficier d'un suivi par une sage-femme à domicile et par les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Bien sûr, nous relevons de nombreuses absences et reports de rendez-vous, mais globalement le protocole élaboré est fonctionnel et respecté par les équipes soignantes.

La sage-femme référente apparaît comme un maillon essentiel dans l'établissement d'un suivi régulier (24). Le respect des rendez-vous médicaux, la transparence dans les habitudes de consommations et la réalisation des analyses toxicologiques mensuelles sont autant d'exigences auxquelles doit adhérer la patiente. Il est vrai que la peur du placement et la crainte pour la santé de l'enfant à naître sont des éléments qui concourent à sa compliance. Cependant, la qualité du suivi va surtout dépendre de l'alliance thérapeutique que la sage-femme va réussir à co-construire avec la patiente. Les comportements de non-observance souvent décrits dans la littérature (21) peuvent être réduits via le développement d'une relation de confiance et de respect avec les interlocuteurs médicaux.

Or, si cette relation a le temps de se construire au cours de la grossesse et qu'elle se poursuivra en suites de couches avec, par exemple, la visite de la sage-femme référente et de la PMI, la patiente ne pourra s'y appuyer lors de ses consultations d'urgences ou à son arrivée en salle de naissances. La confrontation avec des soignants non connus et parfois peu formés est parfois inévitable.

L'inquiétude des patientes face à cette absence de repères connus est peut-être une des autres causes du faible nombre de consultations d'urgences. Cela est d'autant plus étonnant eu égard aux complications obstétricales rencontrées.

Pour répondre à cette problématique, certains auteurs recommandent, au cours de la grossesse, une visite de la salle de naissances et du service de néonatalogie (22). Actuellement, à la maternité du CHRU de Nancy, seule la visite de la salle de naissances est réalisée, sous réserve que la patiente réalise une préparation à la naissance au sein de l'établissement.

## *Déroulement de l'accouchement*

### *Arrivée en salle de naissances*

Nous avons fait l'hypothèse que les patientes consommatrices de substances psychoactives arrivaient tardivement en salle de naissances. Pour tester cette hypothèse, trois indicateurs ont été utilisés.

En premier lieu, nous nous sommes intéressées, pour les patientes ayant un début de travail spontané, au score de bishop calculé à l'admission. Il s'avère que dans les trois-quarts des cas, ce score a révélé un col dit favorable ou mature, ce qui validerait notre hypothèse.

En deuxième lieu, nous avons pris en considération la durée du travail. Elle correspond, dans notre étude, à la durée en heures, écoulée entre l'admission en salle de naissances et la naissance de l'enfant. Celle-ci était comprise entre 3 et 10 heures chez les primipares de l'étude et entre moins d'une heure et 10 heures chez les multipares avec une médiane située à trois heures.

Si l'on se réfère à la durée moyenne de dilatation du col, estimée par Friedman, à 13 heures pour une primipare et à 7 heures pour une multipare, les durées retrouvées dans notre étude vont également dans le sens d'une validation de notre hypothèse.

En troisième lieu, nous nous sommes basées sur le taux d'analgésie pour apprécier la rapidité du travail des patientes de l'étude. Dans la population générale, 78% des patientes bénéficient d'une péridurale et 19% accouchent sans analgésie. Dans notre étude, seules quatre patientes n'avaient pu bénéficier d'une analgésie en raison d'un travail trop rapide : il est intéressant de noter que ces quatre patientes appartenait au groupe des consommatrices actives. Cette observation viendrait conforter l'idée émise précédemment selon laquelle les patientes sous TSO sont globalement plus stables, moins centrées sur la quête du produit et donc peut être plus à l'écoute de leur corps et des premières manifestations d'un accouchement imminent.

En conclusion, l'image de la patiente toxicomane se présentant pour la première fois à la maternité à dilatation complète ne correspond plus vraiment à la réalité. Les patientes se sont présentées plus souvent avec un col favorable et avaient une durée de travail plus rapide, mais elles pouvaient, la plupart du temps, bénéficier d'une analgésie si elles le souhaitaient.

Toutefois, ce résultat, peu généralisable à d'autres maternités ne disposant pas d'anesthésistes toujours disponibles, mérite d'être considéré avec prudence.

### Consommation de toxiques

Notre seconde hypothèse portait sur une possible surconsommation de toxiques à l'approche de l'accouchement.

Pour tester cette hypothèse, nous avons comparé les résultats de toxiques urinaires au cours de la grossesse et pendant le travail. Il apparaît que dans trois-quarts des cas cette consommation est qualitativement identique.

La situation qui engendre des consommations inhabituelles de substances psychoactives est le travail spontané chez les patientes consommatrices actives ou substituées exclusives. Cette observation pourrait s'expliquer par le stress généré par une situation non anticipée par la patiente et jamais vécue, dans le cas d'une primipare (19) mais également par la peur ; des peurs multiples : celle de l'accouchement, de l'enfant à naître, de la douleur et de la relation aux soignants.

A contrario, lors d'un déclenchement, le personnel soignant a le temps d'expliquer le déroulement des événements et de répondre aux éventuelles interrogations de la patiente. De plus, un déclenchement donne lieu à une hospitalisation préalable qui rend peut-être plus compliquée la prise de toxiques illicites.

Sans pouvoir l'expliquer, nous avons également observé une consommation inhabituelle dans quelques cas de déclenchements chez des patientes ayant un profil « substituées et active ». Une étude plus large permettrait peut-être de confirmer ou d'infirmer cette tendance et d'en déterminer les causes.

### Modalités d'accouchement

Le taux de déclenchement s'est avéré plus élevé dans notre population comparé aux statistiques de l'Est de la France qui font état de 18% de déclenchement (23). Ajoutés aux motifs habituels tels que la macrosomie, la RPM et la cholestase, cette différence dans notre population pourrait s'expliquer notamment par les anomalies du rythme cardiaque fœtal observées en conséquence de consommations particulièrement importantes de substances psychoactives.

De même, dans la population étudiée, nous constatons une proportion plus importante de césariennes (21%) que dans la population générale (23). Plus spécifiquement, nous observons que ces césariennes ont concerné les patientes ayant une consommation active.

Cette majoration est retrouvée dans la littérature et s'explique par :

- Des états d'hypoxie fœtale générés par l'alternance de phases d'intoxication et de sevrage, sources de stress et d'ARCF, et par une diminution des échanges placentaires lors des contractions utérines fréquentes en périodes de sevrage,
- Des états d'asphyxie perinatale au cours de l'accouchement.

## **2. PERSPECTIVES**

Cette étude nous a permis de mettre en évidence les forces du suivi prénatal proposé au sein de la maternité du CHRU de Nancy. L'existence d'un protocole et de supports spécifiques permettent de construire un projet de soins à partir du recueil formalisé de données formelles et de s'appuyer sur un réseau intra et extrahospitalier. Cela n'est pas le cas pour les patientes issues de maternités extérieures.

Des réponses à cette problématique sont en cours d'expérimentation avec la constitution d'un réseau inter-maternités en Lorraine axé sur l'échange, l'harmonisation des pratiques et la mutualisation des connaissances. De même, de manière encore ponctuelle et informelle pour l'instant, la sage-femme spécialisée en addictologie commence à être sollicitée en cas de transfert materno-fœtal ou de rapprochement mère-enfant afin de faire le point sur la situation, d'identifier les besoins et de coordonner les prises en charges.

De plus, afin de mieux suivre les consommations, licites et illicites, de la patiente et donc de mieux l'orienter, il serait également intéressant que les dossiers obstétricaux permettent un recueil plus systématisé de ces données lors de chaque consultation, comme cela est le cas pour le tabac. De même il est essentiel, dans le cadre de la prise en charge, d'analyser avec la patiente chaque rechute ou écarts afin de mobiliser les ressources adaptées (ajuster le traitement ou s'appuyer sur le réseau familial par exemple).

Une autre perspective envisagée concerne la consommation de toxiques en amont de l'accouchement. Les premiers éléments issus de cette étude semblent indiquer que le travail spontané est un facteur de risque de consommation inhabituelle. Il pourrait être intéressant d'identifier les déterminants de cette consommation afin de proposer des actions de prévention ciblée, de type information ou visite spécifique visant à rassurer les patientes en amont de l'accouchement.

Nous avons ainsi pris conscience au cours de cette étude qu'il existe autant de toxicomanies que de toxicomanes. En effet, nous nous rendons compte à quel point l'absence de connaissances peut nous conduire à la stigmatisation et au jugement en particulier dans les contextes de semi-urgence telle qu'une consultation d'urgence ou un accueil en salle de naissances. La prise en charge y est nécessairement rapide et le soignant pourra avoir tendance à considérer la toxicomanie comme un élément en soi sans prendre le temps d'en considérer les composantes.

Les études font état de la difficile relation entre patient toxicomane et soignant (19). Ces derniers utilisent spontanément les termes d'agressivité, de violence et de dangerosité pour évoquer ces patients. Ils décrivent une peur pour leur sécurité physique mais également la crainte de ne pas être à la hauteur et d'être manipulé. C'est donc dans un climat de méfiance réciproque que se noue la relation soignant-patient.

Nous nous interrogeons dans quelle mesure l'indication « toxicomane » portée sur le dossier peut être bénéfique dans la prise en charge de la patiente. Cette information destinée au soignant n'est-elle pas plutôt un enfermement de la patiente dans une « sous-catégorie » qui lui ferait perdre l'objectivité d'une prise en charge habituelle ? Ne faudrait-il pas davantage travailler sur une forme d'accompagnement et de sensibilisation des professionnels de terrain à la pluralité des formes de prise en charge ? A ce titre, il est serait bénéfique que les formations qui existaient il y a quelques années autour de cette problématique puissent à nouveau être proposées au personnel soignant.

# CONCLUSION

Afin de répondre aux besoins spécifiques des patientes consommatrices de substances psychoactives accueillies chaque année à la maternité du CHRU de Nancy, des protocoles de suivi ont été mis en place depuis plusieurs années et des équipes pluridisciplinaires ont vu le jour.

Si les modalités de suivi de grossesse et de gestion du séjour post-natal de la mère et de l'enfant ont donné lieu à de nombreux travaux, recommandations et études, il n'en est pas de même pour l'accueil en salle de naissances et les quelques heures qui suivent, jusqu'à la naissance de l'enfant et le retour en chambre.

Nous avons souhaité observer, dans cette étude, la façon dont se déroulait l'accouchement des patientes consommatrices de substances psychoactives en distinguant leur profil de consommation selon qu'il était de type actif, substitué ou substitué et actif.

Nous souhaitions, dans un premier temps, vérifier l'hypothèse selon laquelle ces patientes arrivent plus tardivement en salles de naissances et ont un travail plus rapide que la population générale des parturientes. Globalement, cette hypothèse est validée pour notre population d'étude. Nous n'avons pas mis en évidence d'influence du profil de consommation sur la durée du travail.

Nous constatons également que malgré un travail obstétrical généralement plus rapide, la présence d'un anesthésiste disponible en permanence a permis à la grande majorité des patientes qui le souhaitait de bénéficier d'une analgésie adaptée. Les situations n'ayant pas permis de pose de péridurale en raison d'un travail trop rapide correspondaient ici systématiquement à des profils de consommation de type « actif ».

Dans un second temps, nous avons souhaité vérifier l'hypothèse selon laquelle ces patientes auraient une tendance à la surconsommation de toxiques dans les heures précédant l'accouchement.

Dans la plupart des cas, et dans la limite des données dont nous disposons, cette hypothèse n'a pas été validée. Toutefois, il apparaît que la situation incitatrice à une surconsommation soit le travail spontané chez les patientes consommatrices actives ou substituées exclusives.

Enfin notre travail a permis de mettre en évidence l'efficacité du protocole mis en place à la maternité du CHRU de Nancy puisqu'on observe en règle générale un suivi spécifique

et régulier, des études quasi systématiques des dossiers en équipe pluridisciplinaire et des informations riches sur la situation personnelle et médicale des patientes.

Les axes d'amélioration envisagés sont au nombre de trois. D'une part, poursuivre le travail d'harmonisation des pratiques des différents établissements lorrains engagé cette année afin d'offrir à ces patientes un parcours de soins optimal même en cas de transfert materno foetal ou de rapprochement mère-enfant. D'autre part, il faudrait soutenir la formation des personnels de salles de naissances à la question de la toxicomanie afin de lever les appréhensions, changer le regard posé sur la patiente et proposer une prise en charge adaptée, par exemple en terme d'évaluation de la douleur. Enfin, il serait intéressant de poursuivre ce travail par l'étude de l'évolution des posologies de TSO au cours de la grossesse et leur lien avec les consommations actives complémentaires.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues, chiffres clés - 6ème édition. 2015 (en ligne). Paris : OFDT ; 2015 (cité le 10 décembre 2015). Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>
2. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Rapport national 2015 : usages de substances illicites en populations générale et spécifiques (en ligne). Paris : OFDT ; 2015 (cité le 10 décembre 2015). Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Worbook2015Usages.pdf>
3. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD. 2014 (en ligne). Paris : OFDT ; 2014 (cité le 10 décembre 2015). Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxolv7.pdf>
4. Chevalier C, Nguyen A, Nougier I, Villéger P. Addiction avec opiacés : le rôle du pharmacien. *Actualités Pharmaceutiques*. 2015 ; 54 (544) : 17-21.
5. Gentile G, Frauger E, Giocanti A, Pauly V, Orleans V, Amaslidou D, et al. Caractéristiques des sujets sous traitement de substitution vus en médecine générale d'après l'enquête nationale OPEMA 2013. *Thérapie*. 2016 ; 71(3) : 307-13.
6. Nacache L, Cherrih B, Darreye A, Lejeune C. Méthadone et grossesse, revue de la littérature et données récentes. *Le Flyer* (en ligne). 2009 (cité le 10 décembre 2015) ; 36. Disponible sur : <http://rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/ contextes-de-vulnerabilite/grossesse/179-methadone-et-grossesse-revue-de-la-litterature-et-donnees-recentes.html>
7. Spahn C. Addictions et périnatalité : quels enjeux ? *Vocation Sage-femme*. 2010 ; 9 (82) : 12-8
8. Laprevote V, Geoffroy PA, Rolland B, Leheup BF, Di Patrizio P, Cottencin O, et al. Gestion des traitements de substitution aux opiacés lorsqu'un antalgique est indiqué. *La Presse Médicale*. 2013 ; 42 (7-8) : 1085-90.
9. Touzeau D, Courty P. Opiacés, réduction des risques et polyconsommation. *La Presse Médicale*. 2012 ; 41 (12) : 1192-200.
10. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Grossesse et substitution : enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés (en ligne). Paris : OFDT ; 2003 (cité le 10 décembre 2015). Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxclj7.pdf>
11. Whittaker A, Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse (en ligne). Paris : Respadd ; 2013 (cité le 10 décembre 2015). Disponible sur <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-complet-BAT2-MD.pdf>.
12. Tuytten A. Risques et enjeux de la toxicomanie. *Soins Aides-Soignantes*. 2012 ; 9 (49) :10-4.

13. Manus J-M. Addiction aux opiacés, l'option Suboxone ®. Revue francophone des laboratoires. 2013 ; 43 (448) : 24-5
14. Collin C, Tricotel A, Courné M-A. À propos du traitement de substitution aux opiacés. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2013 ; 61(2) : 93-4.
15. Heydel S. Grossesse et toxicomanie (Thèse). Nancy : Faculté de Pharmacie ; 2009.
16. Barthélemy C, Marion M, Dodane M-A. Accompagnement à la parentalité en situation d'addiction. Cahiers de la Puéricultrice. 2015 ; 52(290) : 33-5.
17. Chanal C, Toubin R, Mazurier E et al. Enceinte et toxicomane. Le Flyer, hors série n°1 (en ligne). 2003 (cité le 10 décembre 2015) ; 75p. Disponible sur: <http://rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/contextes-de-vulnerabilite/grossesse/109-enceinte-et-toxicomane.html>
18. Arnulf S. Recherche de facteurs prédictifs de la qualité du suivi pédiatrique post-natal spécifique des nouveau-nés de mères consommatrices d'opiacés (thèse). Nancy : Faculté de médecine de Nancy ; 2013.
19. Kaltenbach K, Berghella V, Finnegan L. Opioid dependence during pregnancy - effect and management. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2008 ; 25(1) : 139-42.
20. Arunogiri S. Managing opioid dependence in pregnancy. Australian family physician. 2013 ; 42(10) : 713-7.
21. Nadjafizadeh M. Toxicomanie et grossesse: quelle prise en charge optimale? Vocation sage-femme. 2010 ; 9(82) : 23-7
22. Bongain A, Ejnes L, Durand-Reville M, Gillet J-Y. Toxicomanie et grossesse. Dans : EMC - obstétrique. 2000 : p. 1-15. (Article 5-048-P-10)
23. INSERM. Enquête nationale périnatale 2010 (en ligne). Paris : DREES ; 2011 (cité le 10 décembre 2015). Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
24. Romestaing D. Le suivi des patientes toxicomanes enceintes. Cahiers de la Puéricultrice. 2011 ; 48(246) : 13-5

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>4</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>13</b>
<b>1. TYPE D'ETUDE .....</b>	<b>13</b>
<b>2. POPULATION ETUDIEE .....</b>	<b>13</b>
<b>3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE .....</b>	<b>13</b>
<b>4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES .....</b>	<b>14</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>15</b>
<b>1. POPULATION .....</b>	<b>15</b>
1.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES .....	15
1.2. ANTECEDENTS MEDICAUX ET GYNECO-OBSTETRICAUX .....	16
<b>2. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE ...</b>	<b>17</b>
<b>3. SUIVI DE GROSSESSE.....</b>	<b>18</b>
<b>4. DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT .....</b>	<b>19</b>
4.1. MODE DE DEBUT DE TRAVAIL.....	19
4.2. SCORE DE BISHOP A L'ADMISSION .....	20
4.3. TYPE D'ANALGESIE ADMINISTREE .....	20
4.4. DUREE ENTRE L'ADMISSION ET L'ACCOUCHEMENT .....	21
4.5. CARACTERISTIQUES DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL .....	22
4.6. MODE D'ACCOUCHEMENT .....	22
4.7. CONSOMMATION DE TOXIQUES A L'ENTREE EN SALLE DE NAISSANCES .....	23
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>24</b>
<b>1. RESULTATS PRINCIPAUX ET LIMITES DE L'ETUDE.....</b>	<b>24</b>
<b>2. PERSPECTIVES.....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>36</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>38</b>

**Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY**

Mémoire de fin d'études de sage-femme de CUNY Françoise - Année 2016

Modalités d'accouchements des patientes consommatrices de substances psychoactives :

Etude menée à la maternité du CHRU de Nancy sur 30 dossiers.

**Introduction** : La maternité du CHRU de Nancy accueille chaque année une cinquantaine de patientes consommatrices de substances psychoactives. Nous nous sommes ici intéressées au déroulement de l'accouchement de ces patientes.

**Méthode** : Dans le cadre d'une étude descriptive et monocentrique, nous avons consulté les dossiers de 30 patientes consommatrices de substances psychoactives et ayant accouché à la maternité de Nancy entre janvier 2014 et décembre 2015.

**Résultats** : Les patientes se présentent tardivement en salle de naissances. Cependant, en dehors de certaines situations de travail trop rapides chez des consommatrices actives, les parturientes ont pu, si elles le souhaitent, bénéficier d'une analgésie adaptée. Majoritairement, nous n'avons pas observé de consommation inhabituelle de toxiques en amont de l'accouchement.

**Discussion** : La question de l'évolution du dosage en TSO pendant la grossesse mériterait d'être approfondie pour les patientes manifestement instables. La période périnatale apparaît insuffisamment articulée avec la prise en charge en amont et est source d'inquiétude pour les patientes. L'harmonisation des pratiques inter-établissements, la formalisation du suivi des consommations ainsi que l'accompagnement du personnel soignant à la prise en charge des différentes formes de toxicomanie permettraient d'optimiser l'accueil et le suivi des patientes consommatrices de substances psychoactives.

**Mots clefs** : toxicomanie – accouchement - TSO

Terms of deliveries of patients consuming psychoactive substances :

Study conducted at the maternity of Nancy University Hospital on 30 records

**Introduction** : Every year, the maternity of Nancy University Hospital is receiving around fifty drug abusing pregnant women. In this study, we have focused on the delivery process of these patients.

**Methods** : Through a descriptive, single-center study, we consulted the records of 30 patients consuming psychoactive substances and who gave birth at the maternity of Nancy between January 2014 and December 2015.

**Results** : These patients are presenting late in births room. However, apart from some hasty work situations among active consumers, most of these women in labor could, if they wished, be provided with appropriate analgesia. In most cases, we did not observed an unusual consumption of toxic upstream delivery.

**Discussion** : The methadone treatment evolved during the pregnancy seems to be an important question for obviously instable patients. The intrapartum period appears insufficiently articulated with care taken upstream and is a concern for patients. The harmonization of inter-institutional practices, more formalized monitoring of consumption and accompanying caregivers to support various forms of addiction would optimize the reception and monitoring of patients consuming psychoactive substances.

**Keywords** : drug abuse – delivery – methadone maintenance